

## Gastrointestinala symtom

### Tarmproblem

Patienter med multipel skleros har ofta tarmproblem. Sullivan och Ebers rapporterade att 53% av deras patienter hade obstipation och i en annan studie av Hinds et al. med ett stort antal MS-patienter var frekvensen obstipation 43% och fekal inkontinens 53%. Totalt hade 68% av patienterna någon typ av tarmproblem. I ytterligare en studie, av Bakke et al, på 209 MS-patienter, rapporterade 41% gastrointestinala besvär. Besvären ökade med stigande ålder och sjukdomsduration och var värre vid sekundärprogressiv sjukdom än vid skovförlöpande. Prevalensen av tarmdysfunktion är otvetydigt mycket högre hos patienter med MS än i normalpopulationen. Det är känt att störningar i blåsfunktionen hos MS-patienter ofta beror på ryggmärgsskador. Orsakerna till bristande tarmfunktion är emellertid mindre väl kända, ryggmärgens roll är t ex oklar. Tarmarna har i stor utsträckning sitt eget nervsystem som hämmas respektive stimuleras av det autonoma nervsystemet, i stor utsträckning via cholinerg stimulering från N. Vagus respektive sakrala segment. Anorektalt finns såväl autonom styrning som viljemässig kontroll samt en väl utvecklad sensorik. Alla dessa funktioner kan störas vid en skada i centrala nervsystemet. Utifrån den forskning som utförts har ett antal möjliga patofysiologiska mekanismer bakom huvudsymtomen föreslagits (tabell I).

### Symtom

Funktionen hos den nedre delen av tarmen är dels att fungera som en reservoar för avföring, dels som en effektiv tömningsmekanism. Vid neurologisk sjukdom kan antingen en av dessa funktioner eller båda samtidigt påverkas. Tömningssvårigheter kan orsaka förstoppning och störning i förvaringsmekanismerna leda till fekal inkontinens. En kombination av förstoppning och fekal inkontinens är inte ovanlig vid MS.

### Obstipation

Obstipation vid MS kan variera från att vara ett banalt till ett allvarligt och handikappande problem. Det finns sannolikt flera orsaker till detta tillstånd. Det har påvisats att det föreligger patologiska förändringar i kolonaktiviteten och en förlångsammad genomströmningstid hos MS-patienter. Reducerat vätskeintag, dålig rörelseförmåga och antikolinerga läkemedel kan bidra till problemet.

Tabell 1.

**Symtom vid kolorektal dysfunktion vid MS och möjliga patofysiologiska orsaker**

Obstipation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Långsam kolontransport</li><li>• Patologisk rektalfunktion</li><li>• Rektal intussusception (invagination)</li></ul>
Fekal inkontinens	<ul style="list-style-type: none"><li>• Frånvaro av eller minskad känsla vid rektal överfyllnad</li><li>• Dålig viljemässig kontraktion av analsfinkter/bäckenbotten</li><li>• Reducerad rektal compliance</li></ul>

## Fekal inkontinens

Hos friska personer med väl fungerande ryggmärg kan trängningar till defekation hämmas genom kontraktion av den externa anala sfinktern och bäckenbottenmuskulaturen. Hos många MS-patienter med fekal inkontinens finner man antingen kliniskt eller med manometri att de har ett mycket svagt viljestyrt kniptryck. Ett samband mellan ryggmärgspåverkan med parapares vid MS och fekal inkontinens verkar sannolikt. I en studie av Nordenbo et al fanns en klar association mellan bortfallen eller försämrade rektalreflex och fekal inkontinens.

## Utredningar

De flesta studier har visat att fekal inkontinens vid MS är associerad med obstipation. En allmän regel är att om en patient med MS har fekal inkontinens utan obstipation skall denne undersökas med misstanke på andra kolon- eller rektumsjukdomar. Långsam genomströmningstid kan uppskattas genom att patienten får svälja röntgentäta markörer. Förloppet följs sedan med buköversikt på röntgen.

Studier av trycket i rektum och mätning av sfinkterkontraktioner kan utföras med manometri. Metoden är lämpligast hos patienter som huvudsakligen lider av fekal inkontinens.

Defekografi är emellertid den mest värdefulla undersökningen hos patienter som lider av svårigheter med avföringen. Det är en radiografisk undersökning, genom vilken defekationsprocessen kan visualiseras. Ett bariumkontrastmedel administreras i rektum. Bäckenbotten- och sfinkterfunktionen kan sedan studeras medan patienten krystar. Med denna metod kan påverkan av nervus pubococcygeus demonstreras och närvaron av en rektal intussusception (invagination) identifieras.

Nervus pudendus funktion kan studeras elektrofysiologiskt, och en ökad latens kan tyda på en skada som kan bidra till fekal inkontinens.

## Behandling vid obstipation

Förstahandsalternativ: Bulkmedel som Lunelax®, Inolaxol®, Vi-Siblin® i dosgranulat eller pulver. Laktulos® 10-20 ml/dagligen alternativt Importal® 10-20g/dygn i ett halvt glas vatten. Movicol® pulver i ett halvt glas vatten är ett bra alternativ vid kronisk obstipation.

Andrahandsalternativ: Microlax® lavemang 1 gång/dygn, Dulcolax®, 1-2 stolpiller på kvällen. Laxoberal® 10 droppar på kvällen. Klyx® lavemang. Vattenlavemang används sällan men kan prövas tillfälligt vid svår obstipation.

### Behandling

Det finns inga publicerade studier beträffande effekt av läkemedel vid tarmproblem hos MS-patienter. Behandling sker därför enligt sedvanliga riktlinjer för behandling av obstipation. I första hand instrueras patienten att äta fiberrik kost, dricka tillräckligt med vätska (1,5-2 liter dagligen) och att motionera (i möjligaste mån). Regelbundna tarmvanor är också viktiga.

Vid lättare obstipation kan bulkmedel användas när effekten av kostomläggning ej varit tillräcklig (Lunelax, Inolaxol eller Vi-Siblin). Laktulos (10 ml dagligen) eller Importal (laktitol) 10 g (1 påse) i ett halvt glas vatten en gång per dag, dess nedbrytningsprodukter ger en bulkeffekt genom att osmotiskt binda vatten. Movicol® innehåller polyetylenglykol i en balanserad elektrolytlösning och verkar via en osmotisk effekt. Movicol® är ett värdefullt tillskott till behandlingsarsenalen vid kronisk obstipation hos MS patienter. Regularisering av peristaltiken provas om bulkmedel inte ger tillräcklig effekt. Microlax lavemang en gång per dag eller varannan dag kan testas, speciellt vid rektumobstipation. Medlet mjukar upp avföringen och defekationen kommer som regel inom 5-15 minuter. Dulcolax (bisakodyl) i form av 1-2 suppositorier eller Laxoberol droppar ökar motoriken i tarmen och kan ges på kvällen. Klyx (natriumdokusat och sorbitol) lavemang ges vid behov om ovanstående ej fungerar. Manuell plockning kan också bli aktuell i svåra fall.

Fekal inkontinens behandlas också med bulkmedel genom att förbättra avföringens konsistens och öka volymen vilket underlättar den viljemässiga kontrollen. I mycket svåra fall kan sigmoideostomi vara en framkomlig behandling.

### Dysfagi

Mycket få data finns om incidens, patologi och behandling av dysfagi hos patienter med MS. Hartelius och Svensson fann i en stor MS-population att 33% hade tugg- eller sväljningsproblem och vid test hade 44% något tecken på dysfagi. Daly et al visade att 55% av 29 studerade MS-patienter hade någon form av dysfagi. Liknande uppgifter har rapporterats av Herrera et al, vilka fann att sjukdomens duration, men ej bedömda neurologiska handikapp, korrelerade med rapporterade dysfagi-problem.

Ofta brukar MS påverka det orala och faryngeala stadiet av sväljreflexen genom en kombination av bristande muskelkoordination och -svaghet. Tillståndet kompliceras av att patienten kan ha dålig andningskontroll vid sväljandet. För patienter med spasticitet är det svårare att svälja tunnflytande drycker än halvflytande föda.

### **Behandling**

Eftersom patienten ofta har omväxlande perioder med skov och remission är det viktigt för klinikern att tänka på att sväljningsprocessen i sig kan vara påverkad men att den initialt och i lugna skeden av MS-sjukdomen kan vara väl kompenserad. Vid skov kan denna kompensation gå förlorad. Prevention av dysfagikomplikationer spelar en betydande roll för att undvika en aspirationspneumoni. För det första måste vissa patienter lägga om sina matvanor och undvika den utmattning i muskler som tuggning kan innebära. För det andra måste åtgärder vidtas så att maten blir mindre lättflytande. Posturala manövrar som att böja huvudet mot den svagare sidan i de fall då patienten har en diagnostiserad unilateral faryngeal pares är till hjälp. Då förs födan till den starkare sidan med bättre sväljförmåga. Patienterna kan ofta få hjälp och råd av specialutbildade logopedier eller på öron-näsa-halskliniker. I svåra fall kan det ibland bli nödvändigt att överväga sondmatning eller anläggande av perkutan ventrikelsond (PEG).

I de fall där patienten har svårt att svälja sin saliv kan antikolinerga läkemedel provas; atropin droppar i munnen, Egazil durretter p.o., eller skopoderm plåster.